**Enmienda del Acuerdo de Asistencia para Adopciones**

**Reducción/Revocación de Pago**

adoption assistance agreement amendment - payment reduction / termination)

**Uso del formulario:** el uso de este formulario es voluntario y debe completarse si los padres adoptivos lo solicitan.  
La información personal que provea puede ser utilizada para propósitos secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

**Instrucciones:** si los padres adoptivos solicitan la reducción o revocación del subsidio mensual acordado en el Acuerdo de asistencia para adopciones (DCF-F-CFS0074-E), un representante autorizado del departamento completará las Secciones I y II de esta enmienda del Acuerdo de asistencia para adopciones. Los padres adoptivos y el representante autorizado del departamento deben revisar y firmar la Sección III de la enmienda. La enmienda firmada del Acuerdo de asistencia para adopciones estará vigente hasta que se suspenda el Acuerdo de asistencia para adopciones original, a menos que los padres adoptivos soliciten la rescisión de la enmienda. Debe entregarse una copia firmada de la enmienda a los padres adoptivos y conservarse en el caso del hogar adoptivo.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL ACUERDO ORIGINAL** | | | | |
| Nombre completo del niño | | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |
| Nombre completo del padre adoptivo 1 | | | | |
| Nombre completo del padre adoptivo 2 | | | | |
| **SECCIÓN II: DISPOSICIONES DE LA ENMIENDA** | | | | |
| Esta enmienda del Acuerdo de asistencia para adopciones original, DCF-F-CFS0074-E, se celebra entre la Division of Safety & Permanence (División de Seguridad y Permanencia), del Department of Children and Families (Departamento de Niños y Familias) (en adelante, denominado el departamento), y       como enmienda del acuerdo relacionado con la adopción de      .  Los padres adoptivos y el departamento acuerdan que el monto del subsidio de asistencia mensual original de $     , según lo acordado en el Acuerdo de asistencia para adopciones (DCF-F-CFS0074-E), debe (seleccione uno de los siguientes): | | | | |
| reducirse a $      desde el       (mm/dd/aaaa) | a petición de los padres adoptivos. | | | |
| cancelarse a partir del       (mm/dd/aaaa) |
| La tasa del subsidio mensual de asistencia para adopciones puede restablecerse, en el futuro, al monto indicado en el Acuerdo de asistencia para adopciones original, si los padres adoptivos lo solicitan. Según lo dispuesto en el presente, la asistencia para adopciones se restablecería a partir del mes solicitado y no para los meses anteriores.  No obstante esta enmienda al Acuerdo de asistencia para adopciones, los beneficios médicos dispuestos en el Título XIX de la Social Security Act (Ley de Seguro Social) (Medicaid) se seguirán proporcionando hasta que tenga lugar cualquiera de las condiciones para la suspensión previstas en el Acuerdo de asistencia para adopciones original o hasta que la ley disponga lo contrario. | | | | |
| **Sección III: CONFIRMACIÓN DE LA ENMIENDA** | | | | |
| La fecha de entrada en vigencia de esta enmienda será la fecha de la firma de la última de las partes del acuerdo. Todas las partes confirman que comprenden y aceptan los términos de esta enmienda al Acuerdo de asistencia para adopciones. | | | | |
|  | |  |  | |
| **FIRMA** – Padre adoptivo 1 | |  | Fecha de la firma | |
|  | |  |  | |
| **FIRMA** – Padre adoptivo 2 | |  | Fecha de la firma | |
|  | |  |  | |
| **FIRMA** — Representante autorizado del departamento | |  | Fecha de la firma | |